様式２

**社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書**

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | | |  | | | | **申請日** | | |  | | | |
| **被保険者氏名** | | |  | | | |
| **被保険者番号** | | |  | | | |
| **生年月日** | | |  | | | | | | | | | | |
| **住所** | | | **〒** | | | |  | | **電話番号** |  | | | |
| **利用者負担額減額・免除申請事由** | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | **氏名** | | **生年月日** | | | | | | | **生計中心者に○をつけてください** | |
| **世帯構成** | **世帯主** | |  | |  | | | | | | |  | |
| **世帯員** | |  | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | |
| **（宛先）川崎市　　　　区長** | | | | | | | | | | | | |  |
| **上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **住所　〒** | | | | | | | | | | | |
| **申請者** | | | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  | | **氏名** | |  | |  | | **電話番号** | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | **本人との関係** | | |  | | |

**保険者記入欄**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受付年月日** |  | **決定年月日** |  | **交付年月日** | | |  |
| **確認事項** | * **要綱第2条第1号（　□　老齢福祉年金受給　□　境界層　□　その他　）** * **要綱第2条第2号** * **要綱第2条第3号** * **生活保護受給者** | | | | | | |
| **決　　定** | **□該当（生活困窮者減免の特例　□無　□有（□減額　□特認減免））□非該当** | | | | | | |
| **確認番号** |  | | | | | | |
| **有効期間** | **年　 月　 日から　　　　年　 月　 日** | | | | **軽減率** | **25・50・100** | |
| **（備　考）** | | | | | | | |